OP-Checkliste:
prä-, peri- und postoperativ

Geplanter Eingriff:_____ Datum:_____

☐ **Bei vitalen Notfällen auszufüllen** (Anästhesist entscheidet!)

Patientenarmband angelegt/ Patientenetiketten	Ja ☐ Ja ☐	Nein ☐ Nein ☐	Kein Armband ☐ dann weiter mit **Punkt 2**

1. Check durch die Station (entfällt bei vitalen Notfällen)

Patientenarmband angelegt/ Patientenetiketten	Ja ☐ Ja ☐	Nein ☐ Nein ☐	Kein Armband ☐
Bettschild angebracht und überprüft	Ja ☐	Nein ☐	
OP-Einverständniserklärung ist unterschrieben	Ja ☐	Nein ☐	
Anästhesieprotokoll liegt vor	Ja ☐	Nein ☐	
Labor/Röntgen/EKG liegt nach Anordnung vor	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Eingriffsort wurde vom Arzt markiert **Hdz. Arzt:**_____	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Covid-19 Abstrich durchgeführt/ Befund vorhanden **(Ausdruck in OP mitgeben!)**	Ja ☐ Ja ☐	Nein ☐ Nein ☐	
Zahnprothese, Schmuck, Piercings entfernt	Ja ☐	Nein ☐	weil:
Prämedikation wurde verabreicht	Ja ☐	Nein ☐	
Haare im OP-Bereich geschert/Nabelpflege durchgeführt	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
MRE-Screening durchgeführt/ Befund vorhanden	Ja ☐ Ja ☐	Nein ☐ Nein ☐	nicht erforderlich ☐
IDA-Box angelegt (bei Pat. ab 65 und Hilfsmittel (siehe Aufkleber IDA-Box))	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Mitarbeiter Pflege Station _____	**Hdz** _____		

2. Check in der OP-Schleuse

Aktive Befragung des Patienten mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und geplantem Eingriff	Ja ☐	Nein ☐	nicht möglich ☐
Daten auf dem Patientenarmband stimmen mit den Unterlagen überein	Ja ☐	Nein ☐	
Negativer Covid-19 Test liegt vor	Ja ☐	Nein ☐	
Eingriffsort ist markiert	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Hautdefekte vorhanden	Ja ☐	Nein ☐	nicht untersucht ☐
Mitarbeiter Pflege Schleuse _____	**Hdz** _____		

Bei Unstimmigkeiten innerhalb der OP-Checkliste wird der Patient in den OP eingeschleust aber nicht narkotisiert. Der OP-Koordinator ist sofort zu informieren!!! **Hdz Anästhesie-Pflege:**_____

3. Check im OP-Team Time Out - durch den Operateur (vor Hautschnitt)

Identifikation des Patienten mit Namen, Geburtsdatum durch den Operateur und Rückmeldung an den OP-Springer			Ok ☐
Identifikation von Eingriffsart und Eingriffsort durch den Operateur und Rückmeldung an den OP-Springer			Ok ☐
Korrekte Lagerung, Kontrolle durch den Operateur			Ok ☐
Vorgesehene Implantate verfügbar	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Operateur _____	**Hdz OP-Springer** _____		

4. Check bevor der Patient den OP-Saal verlässt

Zählkontrolle nach Standard	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Neutralelektroden entfernt	Ja ☐	Nein ☐	nicht erforderlich ☐
Redondrainagen geöffnet	Ja ☐	Nein ☐	öffnen wann_____
Hautdefekte vorhanden	Ja ☐	Nein ☐	Lokalisation: _____
Mitarbeiter OP-Springer	**Hdz OP-Springer** _____		